



PROTOCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página: Divisão de
1 de 32 Enfermagem/ DASP/
Saúde Mental

Versão: Data:12/12/2018
0



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS

PROTOCOLO DE CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

RIBEIRÃO PRETO-SP
2018

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord Saúde mental

Itens alterados: não há

Versão: 0 | **Data:**



PROTOCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página:
2 de 32

Divisão de
Enfermagem/ DASP/
Saúde Mental

Versão:
0

Data:12/12/2018



RIBEIRÃO PRETO-SP
2018

Todos os direitos reservados, são permitidos a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não tenha nenhum fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens é restrita a equipe técnica designada pelo Gabinete do Secretário da Saúde e Departamento de Atenção a Saúde das Pessoas.

O documento poderá ser acessado na íntegra pelo site da Prefeitura Municipal da Saúde no *link* da Secretaria Municipal da Saúde.

Gestão 2017-2020

Secretário Municipal da Saúde:

Dr. Sandro Scarpelini

Assistente do secretário:

Jane Aparecida Cristina

Diretor do Departamento de Atenção a Saúde das Pessoas (DASP-SMS):

Ilka Barbosa Pegoraro

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord Saúde mental

Itens alterados: não há

Versão: 0 | **Data:**



PROTOCOLO CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página:
3 de 32

Divisão de
Enfermagem/ DASP/
Saúde Mental



Versão:
0

Data:12/12/2018

Organização

Maria de Fátima Paiva Brito

Elaboração – Equipe Técnica

Maria de Fátima Paiva Brito – Enfermeira
Tarciso Batista – Enfermeiro CAPSIII
Ana Maria Durão – Docente do CUBM
Anazilda Carvalho da Silva – Enfermeira
Emilia M PC Chayamiti – Coord SAD
Alessandra Paula S. S Medeiros – Enfermeira
Miriã Avelino Prado Enfermeira SAD
Maria Eugênia de S. Brito dos Santos – Psiquiatra
Luciano Geraldo Greggi – Médico SAD
Flaviana Sarreta – UPA
Maria Clara de Moraes Faleiras – UPA
Fabiana Ponton – UPA
Maria Lourdes Pozza – Enf UPA
Márcia Lima da Silva Costa – Enf SAD
Andreia Scarparo – Pediatra
Lauren Suemi Kawata – Enf Div. Enf.
Márcia C. B. Bonareli - Enf. UBDS Norte
Sauane Cristina Caetano Costa – Estag. EERP – USP
Juliana Mendes Rocha – Estag. EERP – USP
Amanda S. Vanzela – Est. EERP – USP
Aline Cristina Carniel – Est. EERP- USP
Rafael da Silva Nunes – Est. EERP – USP

Dados da Versão

ELABORAÇÃO:Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord Saúde mental

Itens alterados: não há

Versão: 0 **Data:**



PROTOCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página:
4 de 32

Divisão de
Enfermagem/ DASP/
Saúde Mental

Versão:
0

Data:12/12/2018



Ficha catalográfica

Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção a Saúde das Pessoas. Protocolo de contenção física e mecânica. Ribeirão Preto – São Paulo, 2018.
32p.

Descritores: 1. Protocolo. 2. Contenção . 3. Unidades de Saúde

Dados da Versão

ELABORAÇÃO:Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord Saúde mental

Itens alterados: não há

Versão: 0 | **Data:**



PROTOCOLO CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página:
5 de 32

Divisão de
Enfermagem/ DASP/
Saúde Mental

Versão:
0

Data:12/12/2018



1. Finalidade

O protocolo tem a finalidade de garantir uma assistência multidisciplinar no monitoramento, implementação e definição de critérios que justifiquem a aplicação das condutas ao paciente com agitação psicomotora ou agressividade na atenção primária de saúde. E que o procedimento seja realizado de forma humanizada.

2. Justificativa

A agitação pode ser definida como aumento da atividade psicomotora associada a uma experiência subjetiva de tensão podendo ser observada por meio de manifestações clínicas, como fala com conteúdo ameaçador, tensão muscular, hiperatividade, impaciência, desconfiança, podendo em algumas ocasiões os pacientes agitados apresentar o juízo crítico da realidade prejudicado o que pode levar o paciente a uma dificuldade de reconhecimento do seu quadro, não reconhecendo a necessidade de ajuda (Mantovani, et al 2010; Del-Ben, et al 2017).

Para que os serviços dentro da rede de atenção primária possam atender efetivamente as demandas dos usuários é necessário o entendimento e ampliação do cuidado ao paciente em agitação psicomotora ou agressividade. A atenção deve ir além de apenas silenciar os sintomas e isolar o usuário, devendo o profissional estar capacitado e disposto a atuar, reorganizando seus processos de trabalho, articulando práticas, buscando superar estigmas, preconceitos e estereótipos, sempre que necessário, buscando um olhar na direção dos direitos humanos e integralidade do cuidado (Zeferino, et al 2016).

Segundo SOOD, MCSTAY (2009) 6% dos atendimentos em serviços de emergência é por “agitação psicomotora ou comportamento agressivo, sendo assim, os profissionais que atuam em serviços de Saúde em algum momento podem se deparar com pacientes agitados ou agressivos”.

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord Saúde mental

Itens alterados: não há

Versão: 0 **Data:**



PROTOCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página: 6 de 32
Divisão de Enfermagem/ DASP/
Saúde Mental

Versão: 0
Data: 12/12/2018



A equipe deve entender a agressividade do paciente como mais um sintoma a ser considerado no quadro clínico e como sinal de sofrimento psíquico que pode comprometer sua integridade física e de outros. A agitação psicomotora ou agressiva pode ser decorrente de diferentes tipos de condições clínicas por isso uma investigação clínica que permita estabelecer um diagnóstico diferencial amplo deve ser considerada. Entre as causas médicas gerais mais comumente associadas a estados agudos de agitação psicomotora podem ser citadas: hipoglicemia, hipóxia, traumatismo crânio encefálico, acidente vascular cerebral, estados pós ictais, transtornos mentais, intoxicação por substâncias psicoativas, síndrome de abstinência alcoólica. O manejo do paciente agitado ou violento exige dos profissionais habilidades diversas, grande agilidade e articulação (Mantovani, et al 2010; Del-Ben, et al 2017).

Antes de realizar a contenção mecânica propriamente dita, deve-se tentar algumas formas de manejo que engloba a organização do espaço físico a adequação de atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde.

Manejo Ambiental:

A organização do espaço físico deve ser a primeira medida a ser considerada, antecedendo o atendimento de emergência propriamente dito, ela visa aumentar a segurança do paciente, da equipe e de outras pessoas inseridas no local, buscando ajudar o paciente a controlar seu impulso agressivo e para evitar que esse comportamento progrida algumas condutas devem ser tomadas com:

- Retirada de objetos ou aparelhos que possam ser quebrados ou mesmo usados como armas;

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord Saúde mental

Itens alterados: não há

Versão: 0 **Data:**



PROTOCOLO CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página: 7 de 32
Divisão de Enfermagem/ DASP/
Saúde Mental

Versão: 0
Data: 12/12/2018



- Fácil acesso à porta tanto para a equipe como para o paciente, já que alguns pacientes persecutórios podem se sentir acuados, o que aumentaria o risco de agressão física;
- O paciente não deve ser atendido por um único membro da equipe, a presença de outros profissionais de saúde ou mesmo de seguranças no local de atendimento ajuda a coibir comportamentos violentos de maneira significativa;
- Ao menor indício de hostilidade ou agitação, o paciente deve ser imediatamente avaliado. Quanto mais cedo o paciente for abordado, menor é o risco de evolução para comportamento violento;
- A exposição a estímulos ambientais deve ser reduzida ao máximo e pessoas desestabilizadoras para o paciente – como, por exemplo, um familiar com quem o paciente tem uma relação conflituosa, ou um membro da equipe que o paciente envolveu em seus delírios – deve ser afastado do paciente naquele momento de agitação. (Del-Ben, et al 2017).

Manejo comportamental:

De acordo com Del-Ben, et al 2017, o objetivo dessa intervenção é estabelecer uma relação com o paciente, de acolhimento, criando um vínculo de confiança e respeito, reconhecendo seu sofrimento, buscando facilitar o estabelecimento de uma colaboração mútua no controle da agressividade. Para que isso ocorra algumas diretrizes devem ser seguidas:

- Antes de qualquer intervenção, o profissional deve se apresentar ao paciente, dizendo seu nome e seu papel profissional naquela situação;

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord Saúde mental

Itens alterados: não há

Versão: 0 **Data:**



PROTOCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página:
8 de 32

Divisão de
Enfermagem/ DASP/
Saúde Mental



Versão:
0

Data:12/12/2018

- A fala deve ser pausada, objetiva e clara, tomando-se o cuidado para evitar entonações ou frases hostis ou demasiadamente autoritárias;
- O paciente deve ser estimulado a expressar seus sentimentos em palavras e a equipe deve reforçar a capacidade do paciente de autocontrole;
- Estabelecer vínculo de confiança e respeito em que o paciente se sinta acolhido e com seu sofrimento reconhecido;
- Evitar movimentos bruscos e olhar diretamente para o paciente;
- Manter alguma distância e evitar fazer anotações;
- Assegurar ao paciente que você pretende ajuda-lo a controlar seus impulsos.

Manejo farmacológico:

O objetivo do uso da medicação como manejo de pacientes agitados, não é a sedação excessiva (considerada como um efeito colateral indesejável), mas sim a tranquilizar o paciente o mais rápido possível, reduzindo os riscos a que está exposto e ocorrência de efeitos colaterais, permitindo posteriormente a continuidade da investigação diagnóstica ou abordagem terapêutica (Del-Ben, et al 2017).

- Contenção em todos os níveis de atenção.

Contenção física e mecânica:

Dados da Versão

ELABORAÇÃO:Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord Saúde mental

Itens alterados: não há

Versão: 0 **Data:**



PROCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página: 9 de 32
Divisão de Enfermagem/ DASP/
Saude Mental

Versão: 0
Data:12/12/2018



Quando as intervenções verbais, não verbais e medicamentosas descritas anteriormente não são suficientes para o controle da situação, pode ser necessário o uso de isolamento, contenção física ou contenção mecânica.

Para uma melhor compreensão e realização do procedimento, considera-se importante, entender a diferenciação entre contenção física e contenção mecânica, termos normalmente usados como sinônimos por profissionais da saúde. A contenção física se caracteriza pela imobilização do paciente por várias pessoas da equipe que o seguram firmemente no solo. Já a contenção mecânica se caracteriza pelo uso de faixas de couro ou tecido, em quatro ou cinco pontos, que fixam o paciente ao leito.

Decisão da contenção e papel de cada profissional

Quanto à competência de quem tomará a decisão da contenção, a Resolução 1.598/2000 do Conselho Federal de Medicina dispõe que cabe ao profissional médico a decisão de estabelecer a restrição ao paciente.

O Conselho regional de Enfermagem de São Paulo, na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 427/2012 orienta que o profissional Enfermeiro pode prescrever a contenção, se houver protocolo compartilhado autorizando a contenção, cabendo aos técnicos e auxiliares de enfermagem à execução da contenção sob supervisão do Enfermeiro.

Marcolan (2004) defende que, diferentes profissionais que pertencem à equipe, podem e devem participar da contenção física/mecânica e da decisão pelo procedimento, desde que, capacitados para tal, considerando que a assistência ao paciente centrada na equipe multiprofissional em varias instituições pelo país, vem dando bons resultados além do fato de que a retirada do poder de decisão depositados nas mãos de uma só profissão diminui o impacto da violência perpetrada contra o paciente e consequentemente coibi o abuso.

Dados da Versão

ELABORAÇÃO:Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord Saúde mental

Itens alterados: não há

Versão: 0 **Data:**



PROCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página: 10 de 32
Divisão de Enfermagem/ DASP/
Saude Mental

Versão: 0
Data:12/12/2018



Procedimento de contenção física

A contenção física se caracteriza pela imobilização do paciente por várias pessoas da equipe que o seguram firmemente no solo (STEINERT; LEPPING, 2009 apud MANTOVANI et al., 2009). Nesse caso, não se utiliza nenhum dispositivo mecânico, apenas técnicas manuais para limitar as ações do paciente, quando esse oferece perigo para si e para terceiros, caracterizando como intervenção de segurança e não como recurso terapêutico (ALLEN; CURRIER, 2004).

A contenção física do paciente é utilizada para segurar, conduzir e restringir os movimentos físicos do paciente. Para que a técnica seja usada de forma adequada sem correr os riscos de ferir seriamente o paciente ou o profissional ou ambos, necessita de no mínimo cinco profissionais para executá-la.

Para justificar o uso mínimo de cinco profissionais na contenção física, deve-se pela distribuição deles nas partes do corpo a serem seguras: uma para cada membro superior, uma para cada membro inferior, um para o tórax e cabeça. Dessa forma é possível, na maioria das vezes contermos de forma adequada o paciente, evitando que ocorram riscos de grandes lesões para ele e para os profissionais. Enfatiza-se que pequenas lesões podem ocorrer durante o procedimento como: hiperemias causadas ao segurar com força o paciente, escoriações na pele provocadas por unhas e musculatura dolorida em função da força empregada no final da contenção.

Na contenção física, a força é tão importante quanto o posicionamento, também o conhecimento sobre a imobilização das áreas corporais do paciente. Existem situações em que o paciente é muito alto, muito forte ou está muito agressivo e serão necessários mais do que cinco pessoas para contê-lo.

Cada equipe deve ter um coordenador, embora todos os participantes devam ser preparados para assumir esse papel a qualquer momento.

Dados da Versão

ELABORAÇÃO:Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord Saúde mental

Itens alterados: não há

Versão: 0 **Data:**



PROTOCOLO CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página: 11 de 32
Divisão de Enfermagem/ DASP/
Saúde Mental

Versão: 0
Data: 12/12/2018



A equipe ao abordar o paciente necessita ficar posicionada em semicírculo, reduzindo a área em volta do paciente, assim limitando a sua movimentação (Foto 1).



Foto 1: Posicionamento da equipe

Não se aconselha o posicionamento atrás do paciente no início da abordagem, pois, um paciente com delírio persecutório pode ficar mais agressivo com a situação dificultando o procedimento.

A contenção deve ser utilizada quando todas as medidas de controle e de colaboração do paciente acabarem, para isso o coordenador deve observar o comportamento sugestivo para agressão e tomar iniciativa de executar o procedimento com a equipe já treinada, sendo o responsável para dar os comandos necessários para uma abordagem sincronizada e eficaz.

A equipe deve previamente combinar uma frase ou palavra a ser proferida pelo coordenador como sendo a senha, para que ao final da verbalização, todos os profissionais

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord Saúde mental

Itens alterados: não há

Versão: 0 **Data:**



PROTOCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página:
12 de 32

Divisão de
Enfermagem/ DASP/
Saúde Mental

Versão:
0

Data:12/12/2018



consigam realizar a contenção de forma sincronizada. Outra estratégia é a utilização de frases longas que permitam o preparo do profissional para a ação, como: “Precisamos conversar sobre seu tratamento”, “O senhor está um pouco alterado, vamos para outro ambiente conversar”.

Para restringir o paciente os profissionais que estão na linha de cintura do paciente irão segurar os membros superiores, um de cada lado (Foto 2).



Foto 2: Segurando os membros superiores

Dados da Versão

ELABORAÇÃO:Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord Saúde mental

Itens alterados: não há

Versão: 0 **Data:**



PROTOCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página:
13 de 32

Divisão de
Enfermagem/ DASP/
Saúde Mental



Versão:
0

Data:12/12/2018

Os profissionais que estão em linha diagonal irão segurar os membros inferiores, um de cada lado (Foto 3).



Foto 3: Segurando o membro inferior

O profissional (coordenador) irá se posicionar atrás do paciente e segurar a cabeça e o tórax do paciente de forma concomitante. Uma mão se apoia no tórax do paciente, por baixo da axila e a outra segura a região frontal, para que seja controlada a cabeça e se evite possíveis lesões por mordedura (Foto 4).

Dados da Versão

ELABORAÇÃO:Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord Saúde mental

Itens alterados: não há

Versão: 0 | **Data:**



PROTOCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página:
14 de 32

Divisão de
Enfermagem/ DASP/
Saúde Mental

Versão:
0

Data:12/12/2018



Foto 4: Segurando o tórax e a cabeça.



Dados da Versão

ELABORAÇÃO:Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord Saúde mental

Itens alterados: não há

Versão: 0 | **Data:**



Assim deve-se ficar o posicionamento dos profissionais (Foto 5).



Foto 5: Posicionamento da equipe

Medidas a serem evitadas

São proibidas para serem aplicadas por profissionais da saúde e não são terapêuticas as medidas:

- De dar chave de braço,
- Torção de punho, pisar no pé,
- Enforcamento ou segurar o paciente passando os membros superiores do profissional por baixo das axilas do paciente, em seguida cruzando as mãos e prendendo a região occipital da cabeça (fotos 6, 7 e 8).

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 | **Data:**



Foto 6: Imobilização de pescoço



Foto 7: Enforcamento



Foto 8: Chave de braço

Contenção mecânica

A contenção mecânica é uma medida terapêutica que deve ser usada de forma adequada e específica para que surta o efeito desejado, de maneira segura e eficaz, evitando danos aos pacientes e aos profissionais envolvidos na técnica. É um procedimento que, se não aplicada com critério e cuidados, pode desencadear complicações que vão muito além da do trauma psicológico envolvido em uma abordagem agressiva e sem consentimento. São complicações clínicas graves, como: desidratação, redução da perfusão em extremidades, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita, contudo ela deve ser o último recurso a ser utilizado para controlar condutas violentas. (MARCOLAN, 2004; STUART e LARAIA, 2001; KAPLAN, SADOCK, GREBB, 1997).

Após todos os profissionais estarem posicionados e o paciente restringido fisicamente, é imprescindível colocá-lo numa maca ou no leito, onde será contido pelas faixas que deverão estar localizadas de forma próxima.

Após a contenção física do paciente, os profissionais devem se posicionar em frente à maca ou leito, mantendo o paciente elevado para ser posicionado à cima do leito (Foto 9), após isso deve-se mover o paciente em direção a cabeceira (Foto 10). O paciente deve ser

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 **Data:**



mantido em posição anatômica, com os membros inferiores levemente afastados, os membros superiores ao lado do corpo e com as palmas das mãos voltadas para cima.



Foto 9: Posicionamento em frente ao leito/maca



Foto 10: Movimento em direção a cabeceira



Foto 11: Membros imobilizado ao leito

Cada profissional que segura um membro específico do paciente deverá manter o mesmo membro fixado ao leito (Foto 11).

O profissional que está posicionado no membro inferior necessita imobilizar o joelho e o tornozelo (principais articulações), usando cada uma de suas mãos para essas áreas, colocando todo o peso da parte superior do corpo contra a área segurada e fixando-a contra o colchão.

O profissional que está posicionado no membro superior necessita imobilizar o pulso e a fossa anticubital (principais articulações), usando cada uma de suas mãos para essas áreas, colocando todo o peso da parte superior do corpo contra a área segurada e fixando-a contra o colchão.

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 | **Data:**



PROTOCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página: Divisão de Enfermagem
18 de 32

Versão:
0

Data:



As faixas devem estar presentes e ser de fácil acesso no ambiente em que o paciente está sendo contido, ou levadas pela equipe durante a abordagem.

O profissional que está livre (coordenador) para aplicar as faixas no paciente deve decidir por onde começar o procedimento, devendo iniciar sempre pelo membro que está sendo seguro e apresenta o maior risco de ser solto pelo paciente (Foto 12 a,b).



Foto 12 a,b: Coordenador colocando as faixas

O tórax deve ser a última área a ser contida por faixa, após todos os membros já estarem contidos, devido à necessidade prévia de se ter um adequado posicionamento dos membros superiores (Foto 13).

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 **Data:**



PROTOCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página:
19 de 32

Divisão de Enfermagem

Versão:
0

Data:



Foto 13: Colocação da faixa

Após a contenção mecânica deve-se investigar a causa, que pode ser de origem clínica ou psiquiátrica, que levou a alteração do comportamento e agitação do paciente. O representante legal ou a família do paciente deve ser informado tão logo possível.

• **Materiais**

Leito ou maca em quarto de observação com lençol limpo;

Travesseiro;

Quatro faixas de tecido de algodão duplo dobrado com 2,5 m de comprimento e 0,6 cm de largura, com várias costuras ao longo do comprimento para contenção de membro;

Uma faixa para contenção de tórax;

Nos casos de agitação intensa acrescentar ao material mais 4 faixas para contenção de braços e coxas.

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 **Data:**



PROTOCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página: Divisão de Enfermagem
20 de 32

Versão:
0

Data:



Cuidados com o paciente após a contenção mecânica.

Após a realização da contenção mecânica do paciente, há a necessidade de se tomarem medidas gerais e específicas, tanto no momento imediato á contenção quanto de forma contínua ao longo do período que o paciente for mantido contido, como:

- Manter a elevação da cabeça do paciente (Foto 14);
- Observar perfusão sanguínea arterial e pulsos periféricos;
- Observar os efeitos colaterais e a ação específica dos fármacos;
- Cuidados gerais como hidratação, alimentação, higiene corporal, eliminações e mudança de decúbito;
- Nos casos em que a contenção mecânica precise permanecer por mais de duas horas o paciente deverá ser reavaliado pelo médico;
- O enfermeiro deverá realizar avaliação sistemática durante a contenção a cada 30 minutos preenchendo o instrumento de avaliação de contenção mecânica (Foto 15) (ANEXO I).



Foto 14: Elevar a cabeceira

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 | **Data:**



Foto 15: Preenchimento do instrumento de avaliação

Duração e retirada da contenção mecânica

O tempo de duração da contenção deve-se ser discutido pela equipe, sendo observado cada caso de forma individual.

De forma geral, se o paciente não apresenta mais o comportamento que gerou a contenção mecânica, ou apresenta-se em estado de consciência, ou consegue fazer um contrato de liberação e/ou seu estado psíquico é avaliado como melhorado, chegou o momento de se proceder a sua liberação.

A liberação deve ser embasada em aspectos técnicos ponderada pela opinião da equipe multiprofissional, sendo adequado o maior número de profissionais participantes da avaliação para liberar o paciente.

Deve se fazer o contrato com o paciente a respeito de sua liberação, deixando claros os motivos da sua contenção: a necessidade de proteção de individual e coletiva.

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 | **Data:**



De modo claro e imperativo, sem ser em tom de ameaça, deve ser orientado que, caso volte a apresentar o comportamento anteriormente descrito, ou, outro comportamento que seja avaliado como de risco, poderá ser necessária uma nova contenção física/mecânica.

Em seguida deve ser orientado sobre a retirada das faixas de contenção, de modo vagaroso, sem sua participação na retirada das faixas, deixando a cargo dos profissionais todo o processo.

É preciso orientá-lo que ao final da retirada das faixas, não se levante de forma brusca e/ou rápida, por que há possibilidade de que sobrevenha a hipotensão ortostática. Orienta-se movimentar cada membro liberado, de forma regular, flexionando-o por alguns breves instantes.

Um deve ser responsável por coordenar a ação os demais profissionais devem se posicionar um de cada lado do paciente, prontos para intervir, se houver agitação novamente.

Inicia-se a liberação do paciente pela retirada da faixa do membro inferior do lado não dominante, onde o coordenador da ação fica lateralizado ao membro inferior a ser desamarrado e com o seu corpo na altura do joelho do paciente, afastando o rosto para evitar receber um golpe.

Cerca de um minuto após, procede-se a retirada da faixa do membro superior do lado contrário ao membro inferior liberado.

Aguarda-se novamente cerca de um minuto enquanto o paciente é avaliado, devendo neste momento movimentar os membros livres, continuando a liberação agora do outro membro inferior que se encontra amarrado. Novamente se completa o intervalo de espera e pela ordem de liberação do outro membro superior, a avaliação é feita e em seguida finaliza-se com a retirada da faixa do tórax.

Ressaltamos a necessidade imperativa de se realizar observação e a avaliação rotineiras do paciente, tomando todo o cuidado para não ocorrer descuidos na assistência, pela crença errônea de que não oferece mais perigo ou necessita de cuidados.

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 **Data:**



PROTOCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página: Divisão de Enfermagem
23 de 32

Versão:
0

Data:



Contenção no domicílio

Contenção do Paciente no Leito e Prevenção de Quedas no Domicílio

1. Promoção de um ambiente seguro

Na atenção domiciliar, a equipe de saúde deve promover as adequações necessárias, respeitando o ambiente privado, as particularidades culturais e os valores familiares individuais.

O domicílio deve ter o ambiente adequado para a assistência, sendo arejado, iluminado e limpo diariamente.

Em algumas situações, principalmente com pacientes confusos, agitados e crianças, torna-se necessário restringir a movimentação do paciente no leito ou na cadeira, para evitar quedas, traumas, retirada de sondas, cânulas, cateteres, drenos, soros etc.

A equipe deve ter atenção com cuidador no que tange as orientações quanto as restrições, aos cuidados ao paciente restringido e aos riscos que uma restrição pode acarretar.

Definição contenção:

1.1 Procedimentos mais usados para contenção

- Material: atadura de crepe; algodão; gaze; compressas cirúrgicas; lençóis; tala; fita adesiva; braçadeiras de contenção.
- Proceder a restrição no leito dos segmentos corporais na seguinte ordem: ombros/tórax, pulsos e tornozelos, quadril e joelhos.
- Ombros: lençol em diagonal pelas costas, axilas e ombros, cruzando-as na região cervical;
- Tornozelos e pulsos: proteger com algodão ortopédico, com a atadura de crepe fazer movimento circular, amarrar a faixa na lateral do leito (Foto 16 a,b);
- Quadril: colocar um lençol dobrado sobre o quadril e outro sob a região lombar, torcer as pontas, amarrar;

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 | **Data:**



- Joelhos: com 02 lençóis. Passar a ponta D sobre o joelho D e sob o E, e a ponta do lado E sobre o joelho E, e sob o D;
- Mãos: Enfaixar as mãos do paciente, fechadas, como se fosse uma luva, protegendo a palma da mão com gaze ou compressa. Fazer a higiene das mãos e trocar a faixa diariamente (Foto 17).

1.2 Cuidados a serem observados

- Atentar para o paciente contido, e quando sua condição clínica permitir, tentará naturalmente remover a contenção, aumentando o risco de lesão ao paciente;
- Não utilizar ataduras de crepe (faixas) menor do que 10 cm;
- Evitar garroteamento dos membros;
- Afrouxar a restrição em casos de edema, lesão e palidez;
- Retirar a restrição uma vez ao dia (banho);
- Proceder a limpeza e massagem de conforto no local;
- O local onde a atadura ficará deverá ser protegido com tecido macio, evitando lesões de pele.



Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 **Data:**



PROTOCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página: Divisão de Enfermagem
25 de 32

Versão:
0

Data:



Foto: 16 a,b - Contenção de membros superiores e inferiores no leito

2. Considerações importantes

O cuidador precisa estar atento e vigilante quanto aos riscos a que está exposto o paciente acamado e com restrição dos movimentos, sendo alguns deles:

- Formação de úlcera de pressão e dermatites na pele;
- Pneumonia hipostática;
- Constipação;
- Incontinência urinária e fecal;
- Retenção urinária.

2.1 A contenção deve satisfazer os seguintes objetivos:

- Reduzir o risco de lesão por queda;
- Evitar interrupção da terapia (tração, infusão, alimentação por sondas etc).

2.2 Grades laterais

- Podem ajudar a aumentar a mobilidade e/ou estabilidade do paciente, com segurança quando no leito ou quando se move do leito para a cadeira;
- As grades laterais ajudam a evitar que o paciente inconsciente caia do leito ou maca.

3.Prevenção de Quedas

As quedas apresentam causas multifatoriais, destacando-se alterações fisiológicas relacionadas à idade, às doenças, ao uso de medicamentos ou outras substâncias e às condições ambientais, como piso escorregadio e pouca iluminação. No intuito de prevenir as quedas, a seguir alguns pontos a serem observados:

- Evitar superfícies escorregadias e molhadas;

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 | **Data:**



- Estimular o uso de corrimão ou dispositivos auxiliares de marcha, sempre que necessários;
- Utilizar cintos de segurança em cadeiras de roda (Foto 18);
- Utilizar protetores nas camas e barras de apoio no banheiro e locais de circulação frequente;
- Manter os ambientes bem iluminados e livres para circulação;
- Atentar-se para o uso de múltiplos fármacos e dos efeitos colaterais que eles possam produzir, resultando em perda do equilíbrio;
- Evitar pisos desnivelados e tapetes na casa;
- Orientar o uso de calçados fixos aos pés e com solados antiderrapantes;
- Atentar para o risco de quedas devido a tropeços em animais de estimação como cães e gatos principalmente;
- Deve-se envolver os cuidadores no processo de prevenção de quedas, pela identificação de possíveis facilitadores das mesmas no domicílio (Foto 19).



Foto 18: Utilização de cinto de segurança em cadeira de rodas
Fonte: <https://www.ortoluz.com/product/arnes-posicionador-abdominal-de-tronco>

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 | **Data:**



Foto 19: Facilitadores e medidas preventivas de queda no domicílio

3. Registro

Conforme Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e no Prontuário do Paciente.

4. Abrangência

O Protocolo deverá ser aplicado em todas as Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS e Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD).

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 | Data:



PROCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página: Divisão de Enfermagem
28 de 32

Versão:
0

Data:



6 Referências

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). Parecer COREN-SP 019/2012- CT, de 2012. Contenção de pacientes mediante a prescrição por “telemedicina” em APH e em outras situações. Disponível em <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2012_19.pdf>. Acesso em: 05 de abril. 2017.

Del-Ben C.M.,et al. Emergências Psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. Medicina p. 98-112 (Ribeirão Preto, Online.) 2017;

MANTOVANI, Célia et al . Manejo de paciente agitado ou agressivo. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 32, supl. 2, p. S96-S103, Oct. 2010 .

GARRIGA, M. et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. The World Journal of Biological Psychiatry. 7(2): 86-128. (2016).

SANTOS, Maria Eugênia de SB dos et al. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 34, n. 5, p. 468-474, Oct. 2000 .

ZEFERINO, Maria Terezinha et al. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, e20160059, 2016 .

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência.

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 | **Data:**



PROTOCOLO
CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Página:
29 de 32

Divisão de Enfermagem

Versão:
0

Data:



Segurança do paciente no domicílio / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 | **Data:**



Anexo I

Instrumento de contenção mecânica

Nome: _____ HY: _____
Unidade de saúde: _____ Data ____/____/____

1. Diagnóstico _____
2. Tempo de Internação/Observação _____
3. Horário da contenção: Início: _____ Horas
4. Motivo da contenção: _____

(Preenchido Obrigatoriamente pela Enfermeira)

5. Médico notificado da contenção: _____
6. Houve tentativa anterior de: Manejo Verbal: Sim () Não ()
Se sim, por quem: _____
7. Contenção química: Sim () Não ()
Nome da medicação: _____
Administrada por: Auxiliar de enfermagem () Enfermeira () outro () _____
Via de administração: Oral () Intramuscular () Intravenosa () Local _____
8. Orientou o paciente e/ou acompanhante sobre o motivo da contenção: Sim () Não ()
9. Contenção: MMSS () MMII () Tórax () Outros () _____
10. Antes da contenção havia lesões presentes:
() Equimoses Local _____
() Manchas Local _____
() Lesões Local _____
() Escoriações Local _____
11. Paciente ofereceu resistência a contenção: Sim () Não ()
12. Equipe que participou da contenção (nomes): _____

13. Funcionário foi agredido durante a contenção: Sim () Não (). Se sim, preencher os campos abaixo:
Apresentou lesão decorrente da agressão: Sim () Não ()
Fez CAT: Sim () Não ()

Enfermeira _____

Coren _____

➤ Avaliação final:

1. Tempo total de contenção mecânica: _____
2. Médico notificado da descontinuação: _____
3. Equipe que desconteve (nomes) _____

4. Paciente apresenta lesões decorrentes da contenção: Sim () Não ().
Se sim, descreva a lesão: _____

5. Outras observações relevantes: _____

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental



PROTOCOLO

Página: 31 de 32
Divisão de Enfermagem



CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Versão: 0

Data:

Enfermeira _____ Coren _____

Avaliações sistemáticas durante a contenção, a cada 30 minutos.

Data/hora/avaliação	Sinais Vitais (3/3 horas)	No local da contenção a presença	Paciente apresenta comportamento	Avaliação do estado mental	Observações	Avaliador
Avaliação () Data __/__/__ Hora _____	FC: FR: Sat O2: T°: PA: Dx:	() Dor () Lesões () Cianose () Edema () Ausência de pulso	() Calmo () Agitado () Hostil () Ameaçador () Suicida () Inquieto () Forçando Contenção	() Consciente () Inconsciente () Sonolento () Dormindo () Orientado () Desorientado () Coerente () Incoerente () Alucinações () Delírios () Lógico () Ilógico () Verbaliza () Não verbaliza		
Avaliação () Data __/__/__ Hora _____		() Dor () Lesões () Cianose () Edema () Ausência de pulso	() Calmo () Agitado () Hostil () Ameaçador () Suicida () Inquieto () Forçando Contenção	() Consciente () Inconsciente () Sonolento () Dormindo () Orientado () Desorientado () Coerente () Incoerente () Alucinações () Delírios () Lógico () Ilógico () Verbaliza () Não verbaliza		
Avaliação () Data __/__/__ Hora _____		() Dor () Lesões () Cianose () Edema () Ausência de pulso	() Calmo () Agitado () Hostil () Ameaçador () Suicida () Inquieto () Forçando Contenção	() Consciente () Inconsciente () Sonolento () Dormindo () Orientado () Desorientado () Coerente () Incoerente () Alucinações () Delírios () Lógico () Ilógico () Verbaliza () Não verbaliza		
Avaliação () Data __/__/__ Hora _____		() Dor () Lesões () Cianose () Edema () Ausência de pulso	() Calmo () Agitado () Hostil () Ameaçador () Suicida () Inquieto () Forçando Contenção	() Consciente () Inconsciente () Sonolento () Dormindo () Orientado () Desorientado () Coerente () Incoerente () Alucinações () Delírios () Lógico () Ilógico () Verbaliza () Não verbaliza		
Avaliação () Data __/__/__ Hora _____	FC: FR: Sat O2: T°: PA: Dx:	() Dor () Lesões () Cianose () Edema () Ausência de pulso	() Calmo () Agitado () Hostil () Ameaçador () Suicida () Inquieto () Forçando Contenção	() Consciente () Inconsciente () Sonolento () Dormindo () Orientado () Desorientado () Coerente () Incoerente () Alucinações () Delírios () Lógico () Ilógico () Verbaliza () Não verbaliza		

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 Data:



PROTOCOLO



CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Versão:
0

Data:

Avaliação () Data __/__/__ Hora _____		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Lesões <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Ausência de pulso	<input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Hostil <input type="checkbox"/> Ameaçador <input type="checkbox"/> Suicida <input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> Forçando Contenção	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Alucinações <input type="checkbox"/> Lógico <input type="checkbox"/> Verbaliza	<input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Dormindo <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Incoerente <input type="checkbox"/> Delírios <input type="checkbox"/> Ilógico <input type="checkbox"/> Não verbaliza	
Avaliação () Data __/__/__ Hora _____		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Lesões <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Ausência de pulso	<input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Hostil <input type="checkbox"/> Ameaçador <input type="checkbox"/> Suicida <input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> Forçando Contenção	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Alucinações <input type="checkbox"/> Lógico <input type="checkbox"/> Verbaliza	<input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Dormindo <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Incoerente <input type="checkbox"/> Delírios <input type="checkbox"/> Ilógico <input type="checkbox"/> Não verbaliza	
Avaliação () Data __/__/__ Hora _____		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Lesões <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Ausência de pulso	<input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Hostil <input type="checkbox"/> Ameaçador <input type="checkbox"/> Suicida <input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> Forçando Contenção	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Alucinações <input type="checkbox"/> Lógico <input type="checkbox"/> Verbaliza	<input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Dormindo <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Incoerente <input type="checkbox"/> Delírios <input type="checkbox"/> Ilógico <input type="checkbox"/> Não verbaliza	

Dados da Versão

ELABORAÇÃO: Equipe Técnica

APROVAÇÃO: Karina Domingos de Freitas
Chefe da Divisão de Enfermagem

Ilka Barbosa Pegoraro – Diretora DASP

Marcus Vinicius Santos – Coord saúde mental

Itens alterados: Não há

Versão: 0 Data: